

令和 7 年度 リフトリーダー養成研修実施要項

1 目 的

介護者の身体的負担軽減や腰痛予防及び要介護者の尊厳の確保と自立支援を図るためのリフト等、福祉用具の導入を推進するために必要な知識及び技術を修得するリフトリーダー養成研修(以下、「養成研修」という。)を行い、リフト等の使用に関し指導的役割を担う人材を養成することを目的とする。

2 主 催 公益財団法人テクノエイド協会

3 実施機関 プラネット愛媛・愛媛県福祉サービス協会

4 協 力 JASPAリフト関連企業連絡会 愛媛県介護実習・普及センター

5 定 員 20 名 ※ 定員になりしだい締め切ります。

6 期 日 令和 7 年 11 月 20 日(木)～21 日(金)

7 内 容 別紙のとおり

8 会 場 愛媛県総合社会福祉会館 3 階 研修室他
〒790-8553 松山市持田町三丁目 8-15

9 受講資格 各施設2名での参加が望ましい。

- (1)施設等に所属する職員又は事業主で、福祉用具に関心を持ち、リフト等を積極的に導入して職場内の介護労働者に対し腰痛予防対策を積極的に推進しようとする者
- (2)施設等へリフトをはじめとする福祉用具を導入することによって、当該職場内の介護労働者に対し、腰痛予防対策を積極的に推進しようとする福祉用具関連事業者
- (3)福祉用具の適正な販売・活用指導にかかわる福祉用具専門相談員
- (4)その他「持ち上げない介護」推進に賛同し、(公財)テクノエイド協会理事長が認める者

10 参加経費 受講料 15,000 円 別途テキスト代 1,600 円

11 申込方法 別添の受講申込書に必要事項を記入のうえ、下記まで申し込みください。

12 申込締め切り 令和 7 年 10 月 20 日(月)必着

13 修了証書の交付

全課程の受講修了者に対し「公益財団法人テクノエイド協会」理事長名による『リフトリーダー養成研修修了証書』を交付します。

リフトインストラクター資格制度試験を受験の場合は、後日試験結果の発表があります。

14 そ の 他

- (1)受講の可否については、10 月 24 日(金)までにお知らせします。
- (2)会場の駐車場には限りがありますので、公共の交通機関をご利用ください。
- (3)不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

15 申込・問い合わせ先

愛媛県福祉サービス協会(担当 近藤)・プラネット愛媛(池田)
〒790-8553

松山市持田町三丁目8-15 愛媛県総合社会福祉会館

愛媛県介護実習・普及センター福祉用具展示場内

TEL 089-921-8348 FAX 089-921-8397

メール ehs-fukusi@lemon.plala.or.jp

令和 7 年度 リフトリーダー養成研修 日程・内容

日程 令和 7 年 11 月 20 日(木)

11 月 21 日(金)

会場 愛媛県総合社会福祉会館 研修室 他

受付 午前 8 時 30 分より受付

	項 目	内 容	時間	講 師
1 日 目	リフトリーダーと 助成金制度	○リーダーとしての役割と心構え	9:00~10:30	竹本 光裕
		○各種講習と考え方		
		○助成金制度の概要とポイント		
		○腰痛予防対策チェックリストの活用		
	腰痛の原因と対策	○介護者の腰痛発生状況とその原因	10:30~12:00	竹本 光裕
		○腰痛予防に関連する法令、指針など		
		○腰痛予防対策		
		○労働衛生管理のすすめ方		
		○機器導入効果の検証方法		
	介護作業とリフト	○リフトの種類と特徴	13:00~16:00	池田 明大
		○吊具の種類と特徴		
		○介護作業のアセスメント		
		○実技の概要説明		
	移乗関連用具指導法	○リフト等の使い方 ①床走行式	16:00~17:00	
2 日 目	移乗関連用具指導法	○リフト等の使い方 ②据え置き式	9:00~12:00 13:00~15:00	池田 明大 リフトメーカー
		○リフト等の指導法		
		○機種別(選択)実技		
		○個別相談		
	リフトインストラクター試験 筆記試験		15:10~15:50	JASPA 介護リフト 普及協会
	リフトインストラクター資格制度試験 実技		16:00~	JASPA 介護リフト 普及協会

講師 竹本 光裕 氏 株式会社クオリア 訪問看護ステーションくるみ
理学療法士
認定理学療法士(介護予防・健康増進参加) 介護支援専門員
腰痛予防衛生教育インストラクター・福祉用具プランナー

講師 池田 明大 氏
福祉用具プランナー管理指導者
介護福祉士

リフトリーダー養成研修 受講申込書

公益財団法人テクノエイド協会理事長 殿 リフトリーダー養成研修の受講を申込みます。		申込日	年	月	日
申込者氏名等	フリガナ 氏名	生年月日 西暦	年	月	日生
		満 歳	性別	男 ・ 女	
	〒 住所	都道 府県			
	自宅電話 () / 携帯電話 ()				
メールアドレス	【2つ記入して下さい】メインアドレス未着の際は予備アドレスにご連絡する場合があります。ーハイフン、_アンダーバー、など間違えやすいのでフリガナをつけてください				
メインアドレス	(フリガナ)				
予備アドレス	(フリガナ)				
主たる業務内容に関する資格	資格名	取得年月日(西暦 年 月)			
勤 務 先	名称(営業所、支店名等までお書きください) (フリガナ)				
	〒 住所				
	都道 府県				
	TEL () / FAX ()				
	(業種・施設種別:該当するものに○印) 1. 福祉用具貸与事業者 2.福祉用具販売事業者 3.その他の指定居宅サービス事業者 4.居宅介護支援事業者 5.特別養護老人ホーム 6.社会福祉協議会 7.行政 8.介護実習・普及センター 9.高齢者総合相談センター 10.病院・診療所 11.リハビリテーションセンター 12.公設展示場 13.福祉用具製造事業者 14.老人保健施設 15.介護療養型医療施設 16.住宅改修事業者 17.教育機関 18.その他(具体的に)				
福祉用具プランナー 情報システムにご登録の方は、ご記入ください	ID番号: ※IDが不明な場合は、プランナー取得された年度または実施機関をご記入ください。 (年度 実施機関:)				
資料等送付先	【 自宅 ・ 勤務先 】 ※いずれかに○印				
昼食申込	1 食 700 円 お茶つき 必要 不要				